

## Mandat für die SEPA- Basis- Lastschrift

mymedi GmbH, Hauptstr. 137, 97904 Dorfprozelten

Gläubiger- Identifikationsnummer  
Mandatsreferenz

DE34ZZZ00001920442  
WIRD SEPARAT MITGETEILT

**FAX: 09392/7166**

Ihre Kundennummer bei  
mymedi GmbH:

--	--	--	--	--

Ich ermächtige die Firma mymedi GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von mymedi GmbH auf mein Konto gezogene Lastschrift einzuziehen.

Ich bin damit einverstanden, dass die grundsätzliche 14-tägige Frist zur Information über Fälligkeit und Betrag bei wiederkehrenden Zahlungen bis auf einen Tag vor Belastung verkürzt werden kann.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Ort

---

Name Kreditinstitut

---

IBAN

---

BIC (SWIFT)

---

Ort, Datum

---

Der Einzug soll erstmalig für den Warenbezug am \_\_\_\_\_ mit der Rechnungsnummer  
\_\_\_\_\_ erfolgen.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Stempel/ Unterschrift Kunde der mymedi GmbH